

19/02/2020

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika  
Foundation  
Building block of lifeAPPLICATION No.:  
आवेदन संख्या:

V/0219/1190

APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथि

20/02/19

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Kunti

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/कटुम्ब का नाम

D/o Khushali

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

V.M - Mathuraya, Tph - Mahavan

Dist - Mathura, U.P. 281301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop Postop

(1190) Kunti

OCCUPATION:  
व्यवसाय

House wife

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

NA

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)Yes / No  
हां / नहीं

✓

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | Khushali                                          | 75                         | M              | Husband                                         |
| 2.                     | Bhuma                                             | 30                         | M              | Son                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विनति आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>दरभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:Medical Reports/Prescriptions Attached  
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

| Sr. No.<br>क्रम संख्या |                          |
|------------------------|--------------------------|
|                        | KE - P.P.                |
|                        | LA - IMSC                |
|                        | Surgery - LE PHACO + IOL |
|                        |                          |
|                        |                          |
|                        |                          |
|                        |                          |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED  
लौ गई सहायता राशि

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम |  |
|------------------------|-------------------------------------------|--|
| 1-                     | SCCH                                      |  |
|                        |                                           |  |
|                        |                                           |  |
|                        |                                           |  |

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो यह बात है तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले सकूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित करने के लिये, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के भरोदारों के द्वारा प्रकाशित किया जा सकता है। इस प्रकरण में मांग किया गया है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, in the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/कामे से लेने का कोई भी प्रयास होगा। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रार्थना की गई सहायता पूर्णतः अस्वीकार की जाती है, तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/कामे से लेने का कोई भी प्रयास होगा।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, उसे केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का निर्णय केवल रोगी और हस्पताल के बीच का होगा और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का कोई भी प्रभाव नहीं होगा। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज प्रदान करने और उसे देखने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE</b><br/>स्वीकृति के लिए प्रस्तावित</p>                                                         |                                                                                                                                                     |
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>21/02/15</p>                                                                      | <p><b>Dr. PRIYA AGRAWAL</b><br/>MCI No.-58417<br/>Sign</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>डाक्टर का नाम व रजि. नं. के साथ मुहर</p> |
| <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p> |                                                                                                                                                     |
| <p><b>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION</b> आन्तरिक उपयोग हेतु</p>                                                         |                                                                                                                                                     |
| <p><b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b><br/>आरोपित हस्ताक्षर 1</p>                                                                     | <p><b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b><br/>आरोपित हस्ताक्षर 2</p>                                                                                         |
| <p>(Signature of Trustee 1)</p>                                                                                                 | <p>(Signature of Trustee 2)</p>                                                                                                                     |